

ФИЗИЧЕСКОЕ ВОСПИТАНИЕ ТУБИНФИЦИРОВАННЫХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

В.А. Мартынова

Филиал Казанского Приволжского Федерального университета,
г. Елабуга, Татарстан, viktoria2580@mail.ru

Согласно данным медицинской статистики в России на сегодняшний день нуждаются в комплексном оздоровлении около 25 млн. детей. Ослабленные и часто болеющие дети составляют от 20 до 75% от общего числа детей, а 70–80% детей, поступающих в первый класс, имеют отклонения в состоянии здоровья. Свыше 7 млн. детей находятся на диспансерном учете по поводу хронических заболеваний, в том числе по поводу заболевания туберкулезом.

Эпидемическая опасность туберкулезной инфекции в России выражается в высокой степени инфицирования детей микробактерией туберкулеза – свыше 1% (на отдельных территориях от 14 до 25%), что в 10–20 раз выше, чем в развитых странах мира. Это создает предпосылки для сохранения высокого уровня заболеваемости туберкулезом населения России в будущем. Заболеваемость детей туберкулезом за последние годы увеличилась с 15,8 до 17,9 на 100 тыс. населения (в 1991 году – 8,4).

Анализ научно–методической литературы и педагогической практики позволил выявить, что в существующих санаторных детских садах лечебно–профилактическая работа проводится исключительно медиками, а образовательно–воспитательная работа – педагогами, причем, по программам, рассчитанным на здорового ребенка.

Цель исследования: разработать и экспериментально обосновать программу физического воспитания тубинфицированных детей дошкольного возраста и педагогические условия ее реализации в условиях ДОУ компенсирующего вида.

Для достижения цели исследования нами последовательно решались следующие **задачи:**

1. экспериментально выявить особенности физического развития и физической подготовленности тубинфицированных детей дошкольного возраста;
2. разработать учебную программу физического воспитания тубинфицированных детей дошкольного возраста и в условиях педагогического эксперимента исследовать ее эффективность;
3. выявить и экспериментально обосновать педагогические условия, обеспечивающие эффективную реализацию разработанной программы физического воспитания тубинфицированных детей дошкольного возраста.

Опытно–экспериментальная работа проводилась на базе муниципальных дошкольных образовательных учреждений «Детский сад присмотра, ухода и оздоровления №5» и «Детский сад общеразвивающего вида №77». К исследованию были привлечены 112 тубинфицированных дошкольников в возрасте 5–7 лет, имеющие отклонения в реакции Манту. Все испытуемые прошли углубленное обследование и курс лечения в туберкулезном диспансере г. Набережные Челны. По окончании лечения они были направлены для прохождения курса реабилитации в условиях ДОО компенсирующего вида. Тубинфицированные дошкольники были разделены на две группы – экспериментальную (ЭГ) и контрольную (КГ) – по 56 человек. К исследованию также были привлечены 60 сверстников основной медицинской группы (ГЗД), в том числе 30 мальчиков.

Сравнительный анализ показателей физического развития и физической подготовленности здоровых и тубинфицированных детей дошкольного возраста показал, что тубинфицированные дети дошкольного возраста характеризуются:

1) высоким уровнем заболеваемости, в структуре которой высокий процент составляют острые респираторные заболевания;

2) достоверным отставанием от здоровых сверстников по ряду показателей физического развития. Наибольшие различия между группами выявлены в физической работоспособности, жизненной емкости легких, в индексе Скибински, пробе Штанге, жизненном индексе;

3) низкими по сравнению со здоровыми сверстниками показателями физической подготовленности. При этом уровень развития скоростных, скоростно–силовых и координационных качеств у тубинфицированных дошкольников соответствует низкому уровню возрастных норм.

Такая же тенденция по показателям физического развития и физической подготовленности наблюдается у мальчиков и девочек 6–7 лет.

Нами предложена программа физического воспитания тубинфицированных детей дошкольного возраста «Здоровейка», которая имеет следующую структуру: *паспорт программы, пояснительная записка, структура и содержание программы, формы организации физического воспитания, методические особенности программы, педагогические условия эффективной реализации программы.*

Цель программы – способствовать повышению уровня физического здоровья тубинфицированных детей дошкольного возраста (физическое здоровье детей дошкольного возраста мы оценивали по показателям физического развития, физической подготовленности и заболеваемости).

Задачи программы:

- *оздоровительные* (повышение показателей физического развития и физической подготовленности, снижение заболеваемости острыми респираторными заболеваниями, укрепление и повышение иммунитета);

- *образовательные* (формирование и совершенствование жизненно важных двигательных умений и навыков; развитие психофизических качеств; формирование элементарных знаний о видах туризма, природных явлениях, ориентировании на местности, начальных экологических знаний);

- *воспитательные* (приобщение к самостоятельным занятиям физическими упражнениями; воспитание дисциплинированности, навыков самоорганизации, честности, смелости, отзывчивости, доброжелательного отношения к товарищам; содействие развитию психических процессов; всестороннее гармоничное развитие ребенка: умственное, нравственное, эстетическое и трудовое).

- *коррекционные* (коррекция и совершенствование дыхательной функции; коррекция физического развития и физической подготовленности; коррекция и нормализация психоэмоционального состояния; формирование неспецифической сопротивляемости организма тубинфицированных детей дошкольного возраста вредным факторам внешней среды).

В основу разработки программы физического воспитания тубинфицированных детей дошкольного возраста были положены следующие *педагогические принципы*:

- *принцип индивидуально–дифференцированного подхода*, предусматривающий необходимость учета характерных особенностей групп, на которые направлено действие программы: возраста, состояния здоровья, уровня физического развития и физической подготовленности, адаптированности к ДОО;

- *принцип согласованности*, предполагающий возможность высокой результативности

программы при согласованности действий всех субъектов образовательно–воспитательного процесса: педагогов, фтизиатра, медицинского персонала, психолога, администрации, родителей и самих детей дошкольного возраста;

➤ *принцип комплексности*, который предполагает сочетание оздоровительных процедур, проводимых в ДОУ (фиточай, физиопроцедуры, массажа, лечебной физической культуры), с содержанием физического воспитания тубинфицированных детей дошкольного возраста.

Программа состоит из двух основных блоков: *базового и вариативного*. Объем программы рассчитан на три занятия в неделю, два из которых отводятся на реализацию базового блока программы и одно – на реализацию вариативного блока.

Базовый блок программы основан на программе «Воспитание и обучение в детском саду» (М.А. Васильева, В.В. Гербова, Т.С. Комарова, 2004), (раздел «Физическое воспитание») и способствует решению образовательных, оздоровительных и воспитательных задач.

Вариативный блок предполагает решение коррекционных задач программы.



Рисунок 1 – Содержание базового и вариативного блоков экспериментальной программы физического воспитания тубинфицированных детей дошкольного возраста

Педагогическими условиями, обеспечивающими эффективность вышеуказанной программы оздоровления тубинфицированных детей в условиях ДОУ средствами физической культуры, являются:

1. Активная позиция семьи в вопросах оздоровления детей дошкольного возраста, сотрудничество ДОУ и семьи в физкультурно–оздоровительной работе.

2. Участие всего педагогического коллектива, медицинских работников и администрации в оздоровительной работе, что становится возможным при формировании у них знаний и умений по проведению оздоровительной работы, их убежденности в важности и эффективности такой работы, моральном и материальном стимулировании их деятельности в этом направлении.

3. Индивидуально–типологическая адресованность и соответствие оздоровительной программы возможностям и потребностям дошкольников, дозирование физических нагрузок в процессе реализации программы с учетом возраста, тяжести интоксикации, времени пребывания в ДОУ, уровня двигательной подготовленности и двигательной активности, состояния здоровья и психического развития детей.

4. Создание в ДОУ особого психолого–педагогического и бытового комфорта для быстрой адаптации детей дошкольного возраста с заболеваниями дыхательной системы и оперативного включения их в реабилитационную деятельность.

Следует отметить, что экспериментальная программа рассчитана на детей двух возрастных групп: 5–6 лет и 6–7 лет. Дифференцированное содержание экспериментальной программы для детей различных возрастных групп осуществлялось в соответствии с организационной структурой ДОУ и с учетом психофизических возможностей и особенностей детей каждой возрастной

группы.

Изучение изменения показателей физического развития за период проведения эксперимента показало, что у девочек 5–6 лет ЭГ существенно изменились показатели: индекса Скибински (прирост составил 99,66%), степ-теста (прирост – 37,12%), ЖЕЛ (прирост – 27,54%), жизненного индекса (прирост – 18,98%), пробы Ромберга (прирост – 45,87%). В КГ девочек 5–6 лет прирост тех же показателей за указанный период составил 47,66%, 6,39%, 15,48%, 9,77%, 26,43% соответственно. У мальчиков 5–6 лет ЭГ прирост в показателях индекса Скибински составил 109,28%, степ-теста – 38,76%, ЖЕЛ – 34,80%, жизненного индекса – 26,63%, пробы Ромберга – 30,17%. В КГ мальчиков 5–6 лет прирост тех же показателей за указанный период составил 55,43%, 11,92%, 14,37%, 13,01%, 11,92% соответственно. На рисунке 2 представлены показатели физического развития тубинфицированных дошкольников после эксперимента.

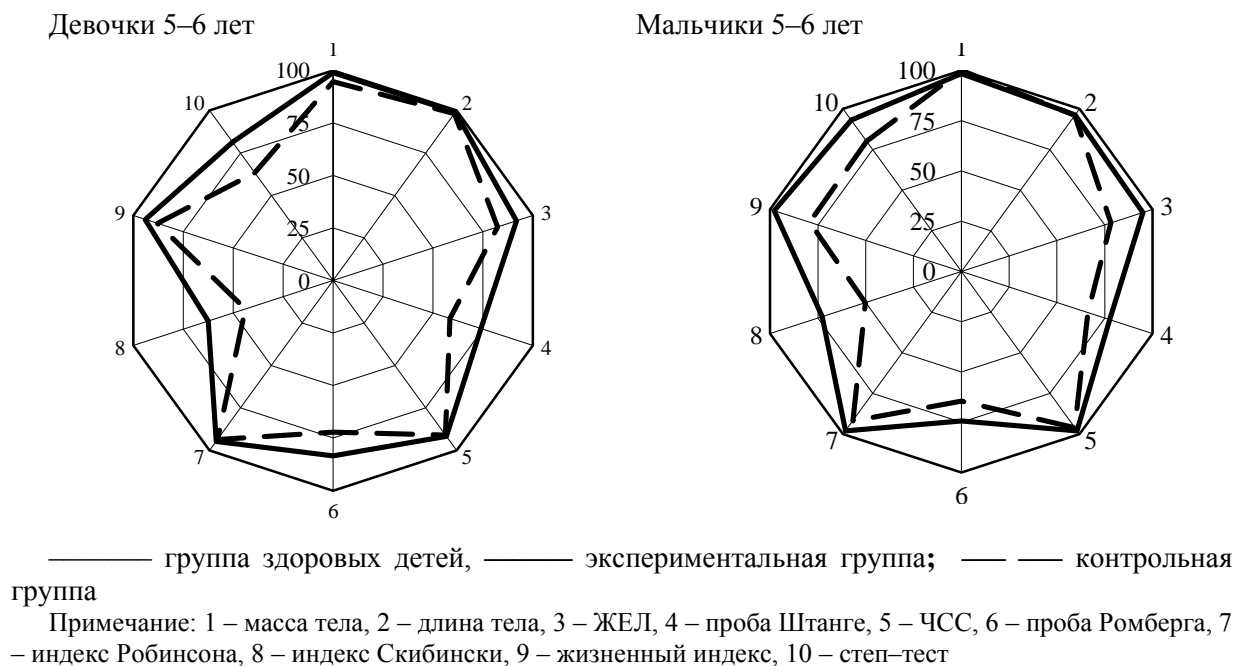


Рисунок 2 – Уровни физического развития группы здоровых дошкольников и тубинфицированных дошкольников 5–6 лет после эксперимента (в % к уровню здоровых дошкольников)

Нами установлено, что за 10 месяцев исследования дети 5–6 лет КГ пропустили по болезни 1122 дня. В ЭГ этот показатель составил 952 дня. При этом на одного ребенка количество дней болезни составило в КГ 40, а в ЭГ – 32. За период проведения эксперимента дети 6–7 лет КГ пропустили по болезни 1008 дней. В ЭГ этот показатель составил 812 дней. При этом на одного ребенка количество дней болезни составило в КГ 36, а в ЭГ – 29. Анализ количества случаев болезни у тубинфицированных детей на протяжении года позволил выявить, что значительный всплеск заболеваний наблюдается в ноябре, декабре, марте. Заболевания обусловлены, на наш взгляд, сезонно-климатическими особенностями: в эти месяцы наблюдаются значительные колебания температуры воздуха.

Представлен анализ прироста показателей физической подготовленности. У девочек 5–6 лет ЭГ и КГ по окончании эксперимента имеет место достоверное повышение всех исследуемых показателей. При этом прирост в ЭГ у девочек 5–6 лет составляет от 19,28% до 41,89%, а в КГ – от 9,62% до 22,30% соответственно.

Наибольшие темпы изменений за 10 месяцев эксперимента выявлены в ЭГ девочек 5–6 лет в показателях метания левой рукой (41,89%), метания правой рукой (37,47%), прыжка в длину с места (31,73%), приседания за 30 с (30,19%); а в КГ – в показателях прыжка в длину с места (20,98%), метания левой рукой (22,30%) и приседания за 30 с (14,96%). В ЭГ у мальчиков 5–6 лет средний показатель в беге на 30 м за период эксперимента улучшился на 30,76%, в прыжке в длину с места – на 40,82%, в метании вдаль правой рукой – на 44,47%, в метании вдаль левой рукой – на 26,29%, в беге 10 м с обеганием предметов – на 32,16%, показатель приседания за 30 с

– на 28,68%. В КГ у мальчиков 5–6 лет средний показатель в беге на 30 м за период эксперимента изменился на 13,88%, в прыжке в длину с места – на 20,55%, в метании вдаль правой – на 13,45% , в метании вдаль левой рукой – на 5,50%, в беге 10 м с обеганием предметов – на 15,84%, показателях приседания за 30 с – на 11,19%.

Следует отметить, что к концу эксперимента возрастает разница между ЭГ и КГ в исследуемых показателях. В начале эксперимента дети имели примерно одинаковые показатели физического развития и физической подготовленности. К завершению эксперимента благодаря применению экспериментальной программы мы добились того, что по многим показателям у дошкольников ЭГ прирост достоверно выше, чем прирост тех же показателей у девочек и мальчиков из КГ.